

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

355

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François LE BAYON

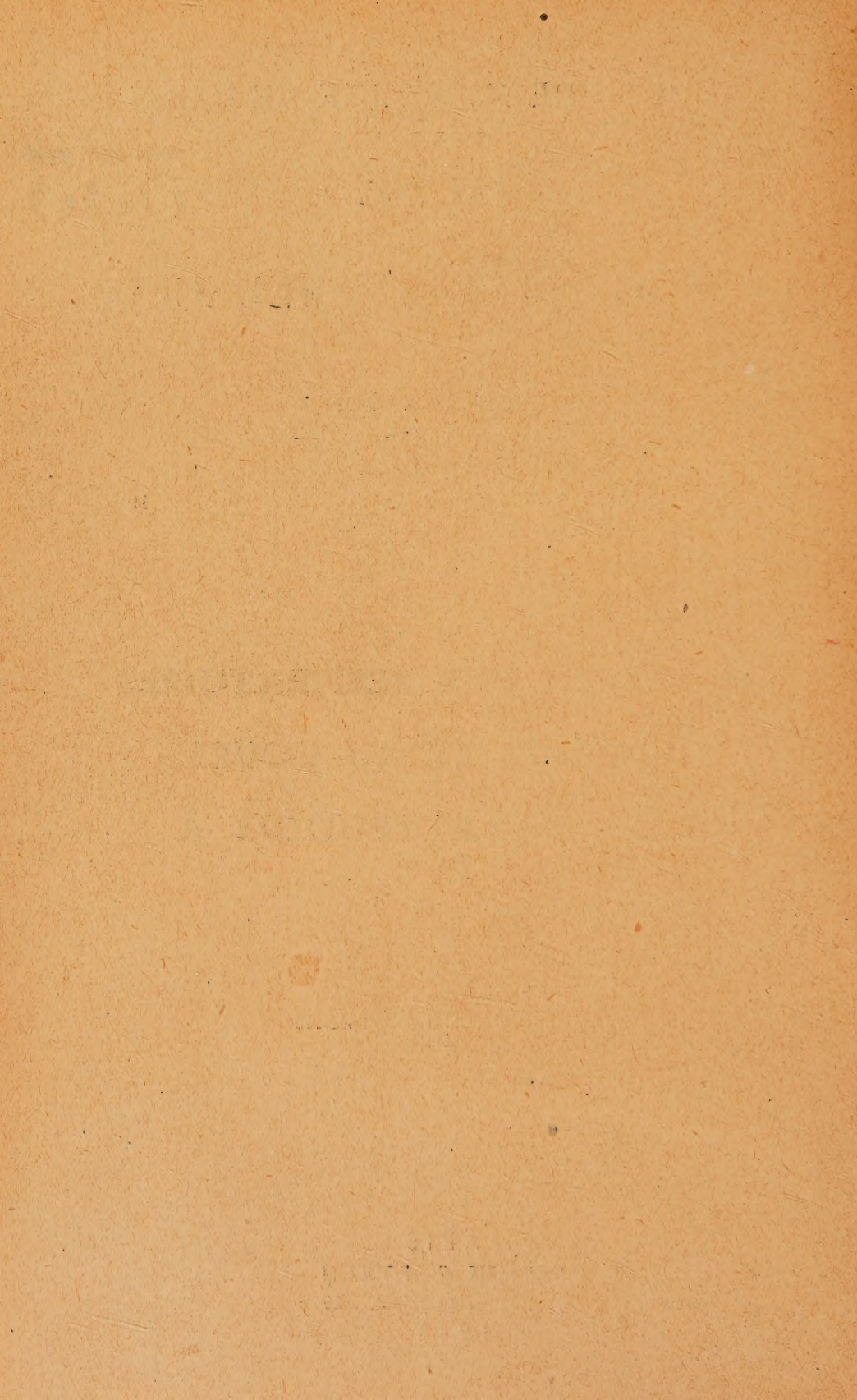
Né le 22 Décembre 1914, à Lorient (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 22 DEC. 1942 *19*

**LES SYNDROMES RESPIRATOIRES
AU DEBUT ET AU COURS
DE LA PARATYPHOÏDE A**

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **LE BAYON.**

Prénom : **François.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

LE BAYON (François). — Les syndromes respiratoires au début et au cours de la paratyphoïde A. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LE BAYON (François). — Les syndromes respiratoires au début et au cours de la paratyphoïde A. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LE BAYON (François). — Les syndromes respiratoires au début et au cours de la paratyphoïde A. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

LE BAYON (François). — Les syndromes respiratoires au début et au cours de la paratyphoïde A. — Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François LE BAYON

Né le 22 Décembre 1914, à Lorient (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

**LES SYNDROMES RESPIRATOIRES
AU DEBUT ET AU COURS
DE LA PARATYPHOÏDE A**

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale ..
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie ..
 Pathologie expérimentale comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance ..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies
 de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux
 Cliniques des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.

N...
 QUENU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.

Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 P.-VALLÉRY-RADOT.
 CATHALA.
 Robert DEBRE.

LAINÉL-LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CADENAT.
 GOSSET.
 LENORMANT.
 MONDOR.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 LEVY-SOLAL.
 PORTES.
 MOCQUOT.
 LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 BROCC.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 DONZELOT.
 Clovis VINCENT.
 N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNÉ.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-	Anatomie	pathologique.			
VILLARS					
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie	Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	— Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
FEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.	
			VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
M... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de toute ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME

Qui fut pour moi une compagne si affectueuse et si dévouée.

A MES ENFANTS

A MON BEAU-PERE ET A MA BELLE-MERE

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES FRERES ET SCEURS

BEAU-FRERE ET BELLE-SCEUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris
Directeur des Services Sanitaires de Défense Passive
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale
et à l'Institut Supérieur d'Hygiène
Conseiller Technique Sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général
des Services Techniques d'Hygiène à la Préfecture de Police
Vice-Président du Comité Consultatif d'Hygiène
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

AU MEDECIN-LIEUTENANT BOURREL

*Qui nous a inspiré ce travail
et nous en a fourni la documen-
tation.*

*En témoignage de ma pro-
fonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine et Pharmacie de Rennes

Directeur du Centre Anti-Cancéreux

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES

DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

Pour leur précieux enseignement.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DU MANS

Pour leur précieux enseignement.

INTRODUCTION

On a remarqué depuis longtemps déjà que dans les infections typhoïdes et paratyphoïdes, le poumon participe presque toujours au processus morbide. Si l'on met à part les formes graves (pneumonie et broncho-pneumonies) on constate, au cours de ces infections typho-paratyphoïdiques, l'existence de deux types d'atteinte pulmonaire totalement différents.

1) La bronchite et

2) Un syndrome spécial caractérisé par une diminution de la perméabilité du poumon, se traduisant cliniquement par une obscurité respiratoire sans signes adventices.

Ces symptômes pulmonaires se rencontrent presque toujours et acquièrent, de ce fait, une importante valeur diagnostique.

Des constatations intéressantes ont été faites concernant ces troubles pulmonaires; c'est ainsi que l'on a remarqué que le premier type — la bronchite — se rencontrait surtout dans les infections à bacille

d'Eberth, tandis que le second type — obscurité respiratoire sans signes adventices — se voyait surtout dans les paratyphoïdes A.

Cette dernière infection présentait en outre une particularité : c'est qu'elle se compliquait souvent de tuberculose pulmonaire, et de toutes les infections typhoïdiques c'est celle qui paie le plus lourd tribut à cette complication.

Nous avons eu l'occasion d'observer 13 cas de paratyphoïde A, survenus dans un camp militaire. Nos constatations n'ont fait que confirmer les remarques et observations déjà faites, à savoir :

1) la fréquence des signes pulmonaires au début et en particulier de la forme spéciale indiquée plus haut et sur laquelle nous nous étendrons au cours de notre travail, et

2) la fréquence de la tuberculose pulmonaire.

Nous n'apportons pas de faits absolument nouveaux, sauf l'observation d'un syndrome de la base droite qui nous a paru assez fréquent et caractéristique. Notre travail est surtout une modeste contribution apportée à la connaissance des signes et des complications pleuro-pulmonaires de la paratyphoïde A. C'est aussi une confirmation de constatations antérieures et que nous essaierons de mettre au point dans notre thèse.

Nous allons donc exposer les observations que nous

avons recueillies, nous donnerons ensuite quelques commentaires sur les circonstances de l'épidémie, nous exposerons les syndromes pleuro-bronchopulmonaires observés, pour arriver à la conclusion de notre thèse.

OBSERVATION 1

Mak... Saad, 27 ans, Algérien.

Entré le 3 mai 1941, ce malade présentait.

Des troubles digestifs caractérisés par : des vomissements, une langue saburrale, une diarrhée hémorragique. — Pas de splénomégalie, foie normal. —

L'examen des autres organes ne montre rien de spécial.

T. A. : 11-7 — Urines normales.

Température subfébrile — Eta général médiocre.

Un séro-diagnostic fait le 5 mai, est positif au Para A (1/200).

Examen de sang : globules rouges : 4.500.000 — globules blancs : 12.800 — Eosinophiles : 5,8 %.

Evolution : les hémorragies intestinales cessent progressivement. Elles persistent, occultes, pendant un mois. Les troubles digestifs disparaissent — la température se stabilise à la normale et tout rentre dans l'ordre.

Le malade sort guéri le 27-6-41.

Scopie de contrôle (Image thoracique normale).

OBSERVATION II

Aom... ben Ali — 30 ans — Marocain.

Entré le 26 février 1941. — Ce malade présentait : une température élevée à grandes oscillations, avec un assez bon état général.

A l'examen : pas de signes cliniques nets.

Pas de troubles digestifs — pas de splénomégalie.

A la base du poumon droit : abolition du murmure vésiculaire - légère submatité, vibrations normales, pas de râles ni de frottements.

Analyse de crachats : pas de B. K.

Examen radiologique : à droite : accentuation de la trame. Par ailleurs rien à signaler.

Un séro-diagnostic fait le 5 mars est positif au para A (1/200).

Evolution : chute de la température en lysis et disparition du syndrome pulmonaire.

Après 3 semaines d'apyrexie à 40° et apparition de grandes oscillations — A la base du poumon droit, on remarque à nouveau : submatité, obscurité respiratoire, nombreux frottements pleuraux. Puis apparaissent toux et expectoration ainsi que de nombreux râles humides dans tout le poumon droit. Après de nombreux examens négatifs, les crachats deviennent bacillifères.

Examen radiologique : infiltration massive de tout le poumon droit avec aspect en mie de pain.

Le 29 juillet 1941. — Le malade meurt cachectique, après bilatéralisation des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION III

Sal... ben Mohamed — 34 ans — Marocain.

Entré le 19 février 1941, ce malade présentait, des signes de bronchite diffuse, bilatérale, avec état sub-fébrile et très mauvais état général. Pas de troubles digestifs, ni de splénomégalie — T. A. : normale — Urines normales.

Examen de crachats : pas de B. K.

Examen radiologique : hiles chargés — pas de lésions parenchymateuses.

Les jours suivants : température moyenne persistante — les signes de bronchite disparaissent — séro-diagnostic positif au para A (1/200). En même temps, apparaît une tuméfaction au niveau de la région médio-pariétale — la ponction ramène du pus — Celui-ci est aseptique.

Le 31 mars. — Intervention : zone d'ostéite avec perforation — trépanation large.

Le 7 avril. — Ostéotomie pour ostéite de la septième côte droite — signes de pleurite à ce niveau.

Le 24 mai. — Abscès froid costal gauche : le pus examiné montre le *B. K.*

Evolution : le mois suivant apparition de signes de condensation pulmonaire gauche, suivie de signes cavitaires — Crachats : présence de *B. K.* Examen radiologique : grosse spéléonque sous-claviculaire gauche — Infiltration de tout le lobe supérieur.

A droite : réaction pleurale et diminution de la transparence.

Mort le 20 octobre 1941.

OBSERVATION IV

Naz... Koulibali — 35 ans — Côte d'Ivoire.

Malade *entre le 6 mai* 1941 — Il présentant à son entrée :

Signes de bronchite diffuse bilatérale avec point de côté dans la région de la base gauche. — Pas de signes cliniques à ce niveau.

Constipation — langue saburrale — haleine hétéride — pas de rate — foie normal.

T. A. : normale — Urines normales.

Bon état général — Température oscillant entre 38° et 39°.

Les jours suivants : la température persiste, la malade tousse. Il présente un léger enrouement — état stationnaire — Hémoculture négative.

Séro-diagnostic positif au para A. — Crachats : pas de B. K.

Examen radiologique : hile droit un peu chargé — sinus libres — transparence pulmonaire normale (15-6-41).

Evolution : le 10 juillet 1941 : apparition de quelques râles fins et craquements au sommet gauche. Un cliché fait alors montre : infiltration totale à gauche, surtout dans la région sous-claviculaire externe.

Géodisation disséminée en évolution. — Crachats : présence de B. K.

Le 14 août 1941 : le malade meurt d'occlusion intestinale aiguë par bride de péritonite plastique.

OBSERVATION V

Mus... ben Mohamed — 23 ans — Marocain.

Entré le 20 février 1941 — Il présentait : une température oscillante et élevée avec un très bon état général — A la base du poumon D : syndrome d'obscurité respiratoire avec abolition du murmure vésiculaire — sonorité normale — vibrations un peu augmentées pas de troubles gastro-intestinaux — pas de rate — T. A. et urines normales. Examen des crachats pas de B. K. — Examen radiologique : transparence pulmonaire normale — le 6 mars 1941 : séro-diagnostic positif au para A.

Evolution : le quinzième jour la température redevient normale après être descendue en lysis — Les signes de la base droite disparaissent rapidement — Très bon état général — Le malade sort guéri; après scopia de contrôle le 1^{er} avril 1941.

OBSERVATION VI

Bra... ben Assam — 30 ans — Tunisien.

Entré le 17 février 1941 — Présentait à l'entrée un syndrome d'obscurité respiratoire de la base D avec température élevée — pas de troubles digestifs — L'examen des autres organes ne montre rien d'anormal — T. A. : 12-7 — Urines normales. Crachats : pas de B. K. — Examen radiologique : hiles chargés — Pas de lésions parenchymateuses décelables — Sérodiagnostic positif pour le para A.

Les jours suivants : l'état pulmonaire s'améliore rapidement — mais la température persiste et reste en plateau.

Evolution : la température descend en lysis, mais reste sub-fébrile pendant quelques jours — puis elle remonte et devient oscillante — Apparition, à ce moment, d'un point de côté D et constitution progressive d'un épanchement de la grande cavité confirmé par la ponction — Après 2 mois d'évolution : guérison de la pleurésie — Le malade sort le 4 juin pour être rapatrié.

OBSERVATION VII

Abd... ben Larbi — 25 ans — Marocain.

Entré le 28 février 1941 — Il présentait à son entrée : phénomènes de cystite et un eczéma du pli du coude — pas de troubles digestifs — pas de signes pulmonaires.

Examen général négatif. T. A. : 12,5-7,5.

Urines : pas de sucre — quelques flocons de pus.

Bon état général — température subfébrile.

Séro-diagnostic positif au para A.

Evolution : forme tout à fait bénigne — Après 9 jours de fièvre tout rentrée dans l'ordre — Le malade sort guéri le 8 avril 1941 après scopie de contrôle.

OBSERVATION VIII

Ath... ben Bengassem — 30 ans — Tunisien.

Entré le 19 février 1941 — Le malade présentait alors :

Signes de bronchite diffuse et bilatérale — Très mauvais état général — Pas de B. K. dans les crachats.

Examen radiologique : image thoracique normale.

Examen général négatif. Aucun trouble digestif.

T. A. : 12-6 — Urines normales — Température élevée à grandes oscillations.

Les jours suivants : la bronchite disparaît mais la température persiste, oscillante — L'examen général ne montre rien de spécial.

Un séro diagnostique est positif au para A.

A partir du 27, la température baisse progressivement; l'état général s'améliore — Le 15 mars reprise de la température.

Evolution : A la base D : constitution d'un épanchement séro-fibrineux qui évolue en 6 semaines et aboutit à la guérison.

Le malade sort guéri le 4 juin 1941 pour être rapatrié .

OBSERVATION IX

Moh... ben Ahmed — 32 ans — Marocain.

Entré le 18 février 1941. — Il présentait à son entrée :

Des signes de bronchite diffuse — Mauvais état général — Température subfébrile et oscillante — Cra-chats négatifs — Examen radiologique : image thoracique normale — Examen général négatif. — T. A. : 11-6 — Urines normales.

Les jours suivants : séro-diagnostic positif au para A. Disparition de la bronchite.

Evolution : vers le 25 mars, réapparition des signes pulmonaires. A gauche on constate dans presque

toute la hauteur du poumon l'existence de râles humides et nombreux avec respiration soufflante.

Un examen de crachats montre la présence de B. K.

Le malade dont la tuberculose évolue lentement avec température peu élevée, sort pour être rapatrié le 5 mai 1941.

OBSERVATION X

Kli... ben Barek — 25 ans — Tunisien.

Entré le 26 février 1941 — Il présentait alors :

Douleurs et gargouillements de la fosse iliaque D.
— Pas de diarrhée, ni splénomégalie.

A la base du poumon D : zone d'obscurité pulmonaire avec submatité et vibrations légèrement augmentées — toux et expectoration modérées — Pas de B. K. dans les crachats.

Examen radiologique : hiles chargés — Accentuation des arborisations broncho-vasculaires à droite — Mauvais état général — Température élevée et à grandes oscillations — Séro-diagnostic positif au para A.

Les jours suivants : disparition des signes de la base D et amélioration de la température qui devient presque normale.

Evolution : vers le 20 mars reprise de la température — réapparition des signes de la base D avec

constitution rapide d'un épanchement séro-fibrineux de la grande cavité — Après 7 semaines d'évolution l'épanchement se résorbe, la température redevient normale et le malade sort pour être rapatrié le 4 juin 1941.

OBSERVATION XI

Zor... bark — 25 ans — Algérien.

Entré le 22 février 1941.

Présentait une adénite froide sus-claviculaire droite — pas de troubles digestifs — pas de splénomégalie — aucun signe de lésion pulmonaire clinique ou radiologique (hiles chargés).

Température sub-fébrile et oscillante — Assez bon état général séro-diagnostic positif au para A.

Les jours suivants : la température redevient normale.

Evolution : vers le 10 mars 1941, reprise de la température le malade se met à tousser et cracher.

A droite : partie moyenne du poumon : submatité, vibrations augmentées, respiration soufflante avec nombreux râles sous-crépitants — Examen radiologique : foyer de condensation important à la partie moyenne du poumon D — sommet D voilé.

Les crachats examinés montrent de nombreux B.K.

Après trois semaines : la température redevient

presque normale l'état général s'améliore — Le malade sort pour être rapatrié le 24 janvier 1941.

OBSERVATION XII

Moh... ben Abbib — 31 ans — Marocain.

Entré le 18 mars 1941 — Il présentait à l'examen :

Douleurs de la fosse iliaque D avec gargouillements — langue saburrale — constipation — pas de splénomégalie.

Aucun autre signe : T. A. : 11-6 1/2 — Urines normales.

Température subfébrile — Etat général médiocre.

Examen radiologique : image thoracique normale.

Séro-diagnostic positif au para A.

Les jours suivants : disparition des signes intestinaux.

La température reste subfébrile — Amélioration rapide de l'état général.

Evolution : en Avril : apparition de signes de pleurite à la base gauche (point de côté, frottements) — Examen radiologique : hémidiaphragme gauche rectiligne — cul-de-sac costo-diaphragmatique opaque et émoussé — *Crachats* : pas de B. K.

Evolution bénigne — les signes disparaissent progressivement et la température redevient normale.

Le malade sort guéri le 7 juillet 1941 (rapatrié).

OBSERVATION XIII

Rec... ben Mohamed — 28 ans — Tunisien.

Entré le 20 février 1941 — Il présentait alors :

A la base du poumon D : submatité — obscurité respiratoire — vibrations normales — pas de bruits adventices.

Très mauvais état général — température élevée et oscillante.

Examen général négatif — Pas de troubles digestifs — T. A. : 11-6 1/2 — Urines normales.

Examen de crachats : pas de B. K.

Examen radiologique : accentuation de la trame à droite.

Hiles chargés.

Séro-diagnostic positif au para A.

Les jours suivants : disparition des signes pulmonaires baisse de la température, puis reprise.

Evolution : pendant deux mois état stationnaire — Pas de signes cliniques nouveaux. — Vers le 10 mai, après quelques jours d'apyrexie ; apparition d'un foyer de pleurite à la base gauche — Signes de condensation du sommet droit.

Le cliché radiographique montre :

A droite : sommet et région sous-claviculaire obscurs.

A gauche : notable diminution de la transparence de la moitié supérieur du champ pulmonaire — Obscurité très dense de la moitié inférieure — Ensuite apparaissent des signes de péritonite avec ascite abondante — L'état général s'altère rapidement, et le malade meurt le 13 juin 1941.

QUELQUES COMMENTAIRES

Circonstances de l'épidémie.

Cette épidémie dont nous venons de donner l'observation de 13 cas diagnostiqués avec certitude a éclaté dans un camp militaire — Tous les sujets atteints étaient des Nord-Africains — Ils arrivaient tous du même cantonnement et sur le même lot de sujets de ce cantonnement, de nombreux cas de tuberculose se sont déclarés en dehors de toute infection paratyphique. Cette épidémie de paratyphoïde a pu être rapidement jugulée grâce au dépistage et à l'isolement rigoureux et systématique des suspects — grâce aussi à la revaccination que nous avons effectuée à ce moment. Nous n'avons eu ainsi que treize cas répartis sur deux mois.

Autres remarques.

— Des séro-diagnostics ont été faits sur tous les fébricitants et les tuberculeux entrant pendant les mois de février, mars et avril 1941. Nous avons également poussé nos investigations plus loin et fait des séro-diagnostics à nos nombreux malades présentant des af-

fections chirurgicales absolument banales (hernies, fractures, plaies...).

— Tous les séro-diagnostics des malades dont nous avons précédemment relaté les observations étaient positifs à une dilution égale ou supérieure à 1/200. Les séro-diagnostics positifs à des dilutions moins élevées n'ont pas été pris en considération.

— Les sujets ainsi étudiés avaient subi presque tous, autant qu'il nous a été possible de le contrôler, la vaccination anti-typho-paratyphique, ou la triple associée, au début de l'année 1940. Mais aucun ne l'avait été depuis au moins un an.

LES SYNDROMES PLEURO-BRONCHO-PULMONAIRES OBSERVES

Un article de Messieurs LENGLET et AGRIGNAC sur les manifestations pulmonaires au cours des affections typhoïdiques et paratyphoïdiques nous dit :

« La dominante pulmonaire de l'Eberth est la bronchite diffuse à râles humides assez égaux, avec quelques sibilances disséminées et presque sans rhonchus — Le malade tousse et crache peu. — L'obscurité respiratoire est masquée si elle existe, par les phénomènes surajoutés de cette bronchite diffuse — »

« Le poumon du para A. n'est pas bronchitique, bien qu'il soit beaucoup plus fréquemment et plus profondément atteint que le poumon du typhoïdique à Eberth, et que le symptôme pulmonaire soit un de ceux qui contribuent à personifier le mieux le Para A. Mais cet état pulmonaire demande à être recherché, parce qu'il a pour dominante l'obscurité et l'imperméabilité de l'un des deux poumons, soit en une de leurs parties, soit dans leur totalité. C'est le plus souvent aux bases que manque la perméabilité respiratoire et l'auscultation comparative des deux poumons,

ou l'auscultation de deux points éloignés du même poumon est la meilleure manière de se rendre compte de cette profonde insuffisance de la respiration. Le symptôme n'est pas permanent et il se modifie fréquemment d'un jour à l'autre ou dans l'espace de deux ou trois jours. C'est une des raisons qui le rendent difficile à dépister, si l'attention n'est pas suffisamment attirée sur lui. Il ne s'accompagne ni de rhonchus, ni de souffle, quelle que soit l'intensité de la stase à laquelle il correspond. Il est une des manifestations capitales des troubles vaso-moteurs qui sont, à côté des troubles nerveux, si particuliers à la para A... »

« L'association avec la tuberculose pulmonaire est presque l'apanage de la para A.. »

Après ce rappel des constatations déjà faites sur les manifestations pulmonaires au cours de la paratyphoïde A, nous allons exposer nos considérations personnelles à propos de cette épidémie de para A.

A) *Manifestations cliniques de ces symptômes pulmonaires.*

Les syndromes pleuro-broncho-pulmonaires que nous avons constatés dans ces 13 cas de para A., se sont présentés à deux moments différents de l'évolution de la maladie : les uns ont été précoces, les autres ont été tardifs.

Les précoces faisaient partie de la symptomatologie

du début; les autres au contraire se sont manifestés vers le quatrième ou cinquième septenaire, parfois après une période d'apyrexie assez prolongée.

1) *Syndromes précoces :*

Comme nous l'avons dit, ils revêtaient deux types bien distincts et totalement différents. Il s'agissait, soit d'une bronchite diffuse, soit d'un syndrome d'obscurité respiratoire assez spécial que nous décrirons plus loin en détail. Parmi nos 13 observations, dans 4 d'entre elles, ces symptômes manquèrent — sans doute certains de ces malades sont-ils entrés à l'hôpital trop longtemps après le début de leur paratyphoïde pour que l'on ait pu observer les manifestations broncho-pulmonaires souvent très précoces — Nous étudierons successivement ces manifestations broncho-pulmonaires.

a) *Bronchite* : elle était présente dans les observations III, IV, VIII et IX. Deux fois, elle s'est trouvée associée aux signes pulmonaires du deuxième type (obscurité respiratoire). Les signes fonctionnels de cette bronchite ont toujours été peu importants. La toux et l'expectoration très modérés ne présentaient aucun caractère particulier digne d'être signalé. Les divers examens pratiqués sur les crachats n'ont jamais montré la présence de B. K.

Quant aux signes physiques, ils étaient caractérisés par de nombreuses sibilances associées à des rhonchus

disséminés dans les deux poumons. Ces signes disparaissaient assez rapidement. En moyenne, ils persistaient pendant 10 à 12 jours. L'évolution bénigne était la règle; mais parfois après un intervalle variable, de nouveaux signes pleuro-pulmonaires apparaissaient annonçant une complication, qui alors était toujours grave, et qui fait partie des syndromes pulmonaires tardifs que nous étudierons plus loin.

Les examens radiologiques que nous avons pratiqués chez les malades atteints de bronchite nous ont permis de constater qu'il n'existait aucune lésion visible soit pleurale soit pulmonaire. Les complications observées plus tard n'étaient donc aucunement « associées » à ce moment là.

b) *Syndrome d'obscurité respiratoire* : ce syndrome existait dans les observations II, V, VI, X et XIII. L'observation V en est le cas absolument typique.

Ce syndrome siégeait constamment à la base du poumon droit. Le murmure vésiculaire était très diminué, parfois même complètement aboli. Il existait toujours une légère submatité. Les vibrations étaient normales dans deux observations. Dans les trois autres, elles avaient une tonalité légèrement augmentée. Il n'existait, par contre, ni souffle, ni bruits surajoutés : frottements ou râles. Tous ces signes occupaient la base du poumon et remontaient même parfois au-dessus de sa partie moyenne. Fait important à

signaler : alors que dans la fièvre typhoïde accompagnée de syndromes pulmonaires rappelant ceux-ci, ces syndromes peuvent changer de place d'un jour à l'autre et même changer de poumon, ici nous n'avons observé, en aucun cas, ce déplacement des signes pulmonaires dans d'autres zones du même poumon ou dans celui du côté opposé: ils ont conservé une fixité remarquable : toujours à la base droite et rien que là.

Dans deux cas, ces syndromes étaient associés à la bronchite. Les signes fonctionnels concomittants ont toujours été très discrets. L'expectoration à peu près nulle et n'ayant jamais présenté un caractère spécial. A aucun moment son aspect n'a révélé le type congestif ou pneumonique comme le fait a été signalé. Les crachats étaient muqueux, très rares et n'ont jamais été purulents.

La toux était très modérée, surtout nocturne. Elle semblait en rapport avec un certain degré d'atteinte trachéale. Dans tous les cas l'examen radiologique a été négatif, et jamais ces symptômes ne se sont manifestés par une modification quelconque de l'image thoracique normale.

Evolution : elle se faisait rapidement vers la résolution. Ce syndrome d'obscurité respiratoire durait à peine quelques jours : en moyenne 4 à 5 jours. La durée était plus courte que celle de la bronchite et dans les deux cas où les deux syndromes se sont trouvés associés, la bronchite persistait encore quelques

jours après la disparition du syndrome d'obscurité. La bronchite, lorsqu'elle était la seule manifestation pulmonaire durait également plus longtemps.

Quelles furent les suites éloignées de cette atteinte de l'arbre respiratoire ?

Trois modalités évolutives différentes se sont présentées à nous :

Première modalité : les signes disparaissaient rapidement sans séquelles. C'est le cas du malade de l'observation V qui est, nous le répétons le cas type. Le syndrome, ici, a existé à l'état pur :

Deuxième modalité : du même côté, c'est-à-dire à la base droite, un épanchement s'est constitué, après une période d'accalmie variant entre quinze et vingt jours, alors que les signes de l'atteinte pulmonaire du début avaient complètement disparu et qu'aucun signe clinique, ni radiologique ne permettait de prévoir l'apparition d'un nouvel épisode pleuro-pulmonaire.

Cette évolution en deux temps, nous l'avons constatée dans tous les cas où nous avons eu une apparition tardive des complications pulmonaires.

Quels sont les rapports qui existent entre ce syndrome de début et la complication tardive ? La pleurésie est-elle une complication directe de l'insuffisance respiratoire précoce, étant donnée la localisation de l'épanchement qui est la même que celle de l'état ini-

tial ? La congestion passive et les troubles vaso-moteurs, causes, semble-t-il, de l'état de début, constitueraient une cause favorisante de la pleurésie.

Au contraire les deux épisodes respiratoires sont-ils absolument indépendants ?

Nous penchons personnellement vers la première hypothèse et ne pensons pas que cette localisation de la complication soit complètement due au hasard.

Les observations VI et X illustrent bien cette évolution. Il faut noter en outre que dans ces deux cas, la pleurésie a évolué sans que l'état pulmonaire se modifie et sans qu'une lésion bacillaire apparaisse. A leur sortie l'examen radiologique de contrôle que tous ces malades ont subi, a permis de constater l'absence de toute lésion parenchymateuse.

Troisième modalité. — Après une période de silence, une espèce de « frey-interval » que l'on retrouve ici comme dans les cas de la seconde modalité, des lésions de tuberculose pulmonaire se sont constituées. Les malades des observations II et XIII ont évolué selon cette modalité. On note ici aussi la localisation du B. K. du même côté que le syndrome d'insuffisance respiratoire.

Chez aucun de nos malades nous n'avons observé de pneumonie, ni de broncho-pneumonie comme il en a été constaté de nombreux cas au début des infections typhoïdes et ceci malgré l'état déficient de nos mala-

des, sous-alimentés et moralement très atteints, qui aurait pu nous faire croire et craindre qu'ils étaient exposés plus que d'autres à des complications aiguës graves et précoces. La tuberculose ne s'est installée qu'après une période assez longue, nécessaire probablement à l'apparition d'une phase d'anergie.

De quelle nature est cette manifestation pulmonaire spéciale et précoce caractérisée par l'obscurité respiratoire, de la paratyphoïde A ?

Nous n'avons pas la prétention de trancher le problème. Les auteurs admettent généralement que ces symptômes sont des manifestations importantes des troubles vaso-moteurs qui sont une des caractéristiques de la paratyphoïde A.

En tout cas elle ne paraît pas de nature tuberculeuse : tous nos examens de crachats ont été négatifs. Les examens radiologiques pratiqués pendant l'évolution de ce syndrome ont montré l'intégrité de la plèvre et du parenchyme pulmonaire.

2) *Syndromes tardifs :*

Ils sont représentés dans l'ordre de gravité, par :

- a) Pleurite
- b) Pleurésies séro-fibrineuses
- c). Tuberculoses pulmonaires.

a) *Pleurite* : elle est apparue chez le malade de

l'observation XII. Elle siégeait à gauche. Le malade n'avait pas présenté de signes précoces pleuro-pulmonaires. Elle ne s'accompagna d'aucune lésion pulmonaire associée et eut une évolution bénigne.

b) *Pleurésies séro-fibrineuses* : elles furent constatées chez les malades des observations VI, VIII et X. Deux de ces malades VI et X avaient présenté précocement un syndrome d'obscurité de la base droite. Le numéro VIII avait eu simplement des signes de bronchite.

Dans les 3 cas, l'épanchement est apparu après une période, un intervalle de silence et d'apyrexie relative ou absolue. Cette accalmie durait en moyenne trois semaines. Dans les 3 cas la pleurésie siégeait à droite. Les signes étaient très nets et l'épanchement, abondant, a toujours été séro-fibrineux.

Evolution : elle s'est faite dans toutes les observations, vers la résolution et à aucun moment il n'y eut de lésions pulmonaires associées. Le poumon est toujours resté intact. Tous les malades ont quitté l'hôpital guéri après trois semaines ou un mois d'apyrexie complète. Le contrôle radiologique pratiqué avant leur départ montrait seulement des séquelles banales et l'intégrité pulmonaire. Bien entendu nous avons perdu ces malades de vue et nous ne pouvons pas certifier qu'ultérieurement il n'est pas apparu de lésion parenchymateuse.

Cette évolution analogue des trois cas, sans tuberculose pulmonaire associée, alors que cette tuberculose est apparue dans 6 autres cas (sans épanchement), tend à faire penser que ces malades surveillés ont toute chance d'échapper à une tuberculose pulmonaire ultérieure.

c) *Tuberculose pulmonaire :*

Six cas ont été observés. (Observation II, III, IV, IX, XI, XIII). Trois cas chez des malades ayant présenté des signes de bronchite, deux cas chez des malades ayant présenté des signes d'obscurité de la base droite (II et XIII).

Le sixième cas (XI) concerne un malade qui n'a présenté aucun signe broncho-pulmonaire au début de sa paratyphoïde A., mais qui présentait une adénite sus-claviculaire droite dont l'aspect et l'évolution permettaient de croire qu'elle était tuberculeuse. L'examen radiologique n'avait rien montré d'anormal, ni aux poumons, ni au médiastin.

Circonstances d'apparition. Comme la pleurésie, cette complication n'est apparue qu'après un intervalle de 3 à 4 semaines. Dans les 2 cas où les malades avaient présenté des signes d'obscurité respiratoire de la base droite, les lésions sont apparues du même côté. Et il est à croire que les troubles vaso-moteurs et la congestion passive du début, ont favorisé la localisation de la tuberculose à ce niveau.

Dans les cas où nous avons constaté comme signe de début, de la bronchite, les lésions se sont localisées soit à droite soit à gauche. Ces lésions se constituaient rapidement et évoluaient vite vers la caséification et la formation de cavernes. Les signes cliniques se transformaient de jour en jour. Nous n'avons jamais observé d'hémoptysies.

Evolution : après cette « flambée » initiale, les lésions évoluaient différemment.

a) Dans les observations II, III, IV et XIII, la température se maintenait élevée; les crachats fourmillaient de B. K. et la bilatéralisation des lésions se fit précocement. La mort survint après 6 semaines à deux mois.

b) Dans les observations IX et XI, au contraire, après la poussée évolutive initiale nous assistâmes à une stabilisation des lésions observées, cliniquement et radiologiquement, les B. K. deviennent très rares dans les crachats. La température devient presque normale, simplement instable. Quelques clochers à 38°, assez rares d'ailleurs témoignaient de la virulence non éteinte du bacille tuberculeux. Ces deux malades atteints de forme ulcéro-caséreuse banale purent être rapatriés.

B) *Remarques.*

Les constatations que nous avons faites au cours de la petite épidémie que nous avons observée sont de deux ordres. Elles ont trait en effet :

1) A l'allure clinique générale et évolutive de ces syndromes.

2) A leur pronostic.

1) *Allure clinique générale* : nous avons noté tout d'abord l'absence de complications pulmonaires tardives chez deux malades n'ayant pas présenté de signes pulmonaires précoces. Chez un troisième, la complication fut une pleurite qui évolua vers la guérison assez rapide sans B. K. dans les crachats. Enfin chez le quatrième malade n'ayant pas présenté de syndrome pulmonaire précoce, et qui fit une complication pulmonaire grave avec B. K. dans les crachats, il était déjà porteur d'une adénite très vraisemblablement bacillaire.

Ce qui nous a également frappé, et dont nous avons déjà parlé, c'est la localisation de l'épanchement séro-fibrineux, et des lésions tuberculeuses du même côté que le syndrome d'obscurité respiratoire du début.

Enfin, l'évolution en deux temps des phénomènes respiratoires, après l'épisode précoce, évoluant rapidement vers la résolution et sans séquelles ni cliniquement, ni radiologiquement décelables. l'existence d'un véritable « frey-interval », d'une période d'accalmie caractérisée par l'absence de tout phénomène pulmonaire, amélioration de l'état général, baisse notable de la température et même apyrexie complète. Puis après 2 ou 3 semaines, apparition d'un nouvel

épisode pleural ou pulmonaire, grave et toujours tuberculeux.

2) *Pronostic* :

Il y a une différence capitale entre le pronostic des deux groupes de syndromes.

Les syndromes précoces ont été bénins. A aucun moment ils n'ont eu une allure grave pneumonique ou broncho-pneumonique. Ils étaient une manifestation proprement paratyphique.

Les syndromes tardifs au contraire ont été graves et relevaient d'un agent infectieux nouveau, en l'occurrence le B. K.

CONCLUSIONS

De ces observations, il ressort que dans les paratyphoïdes A, il existe au début, très souvent, un syndrome d'obscurité respiratoire spécial, qui nous paraît caractéristique de l'infection paratyphique A. Ce syndrome est à rechercher, tout à fait au début, et surtout à la base droite, qui semble être son lieu d'élection.

Nous pouvons conclure également que : étant donné l'évolution de ce syndrome, qui en certains cas ne laisse aucune trace, et constitue simplement un épisode bénin au cours de la paratyphoïde A, et en d'autres évolue, après une période d'accalmie, vers des lésions secondaires graves, comme les lésions tuberculeuses, le malade devra être tout spécialement surveillé au point de vue pulmonaire ; on pourra ainsi plus aisément prévenir ou atténuer une affection pulmonaire tardive.

Notons également la différence de pronostic entre les 2 formes évolutives ; les précoces étant toujours bénignes, les tardives au contraire presque toujours graves et souvent mortelles.

Et la conclusion la plus ferme que nos constatations permettent de tirer, c'est que le symptôme d'obscurité pulmonaire du début, paraît bien caractériser la paratyphoïde A.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
TANON

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAM (J.-H.)-GLYNN (E.). — Paratyphoid infections of the pleura. (*Lancet*. London. 1919 — 11 — 283).
- GIROUX (L.). — Infection paratyphoïde compliquée de pleurésie purulente à paratyphique A. Hemocultures négatives. (*Soc. Méd. Hôp. Paris* — 1915 — XXXIX — 1101-1104).
- KLEIN (T.) et TORREY (R.-G.). — Pulmonary complications of paratyphoid fever, with a report of four cases. (*Am. J. M. Sc. Phila.* 1920 — CLIX — 548-555).
- LEVESQUE (Jean) et LEMIERRE (H.). — Paratyphoid bacilli in pneumonia. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. d'Hôp. de Paris*, 46 : 1091-1096. July 7-1922).
- LOUART (M.-G.-L.). — Contribution à l'étude des localisations pleuro-pulmonaires des infections paratyphoïdes. (8° Lille 1919).
- THIMM. — Un cas d'abcès pulmonaire paratyphique. (*Mediz-Klin.*, n° 29, T. XXVII — 17 juillet 1931 — p. 1069).
- SACQUEPEE (Docteur). — Clinique des infections paratyphoïdes. (*Extrait de la revue de Médecine*, n° 12, 10 décembre 1907).

